

Aus der Neurologischen Klinik mit Poliklinik
der Universität Erlangen-Nürnberg

Komm. Direktor: Professor Dr. H. Daun

Psychovegetative Allgemeinstörungen in einer Allgemeinpraxis

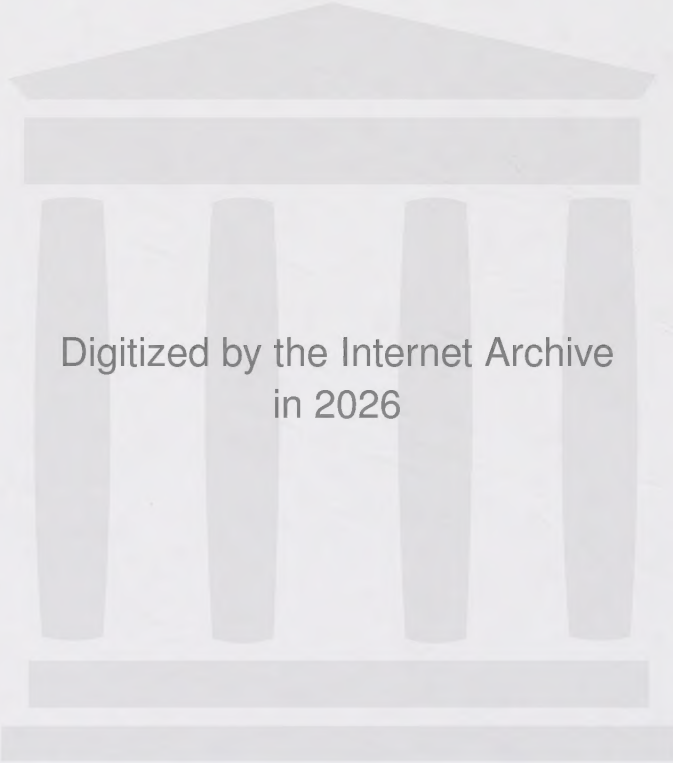
Empirische Untersuchung zur
Syndrom-Einschätzung durch den Arzt

Inaugural - Dissertation
zur Erlangung der Doktorwürde
der Medizinischen Fakultät
der Friedrich-Alexander-Universität
Erlangen-Nürnberg

vorgelegt von
P. Weinholz
aus Helmstedt

1984

1984 # 167



Digitized by the Internet Archive
in 2026

Aus der Neurologischen Klinik mit Poliklinik
der Universität Erlangen - Nürnberg

Komm. Direktor: Professor Dr. H. Daun

Psychovegetative Allgemeinstörungen in einer Allgemeinpraxis

Empirische Untersuchung zur
Syndrom-Einschätzung durch den Arzt

Inaugural - Dissertation

zur Erlangung der Doktorwürde
der Medizinischen Fakultät
der Friedrich-Alexander-Universität
Erlangen - Nürnberg

vorgelegt von

P. Weinholz

aus Helmstedt

Gedruckt mit Erlaubnis der Medizinischen Fakultät
der Universität Erlangen-Nürnberg

Dekan: Prof. Dr. F. Wolf
Referent: Prof. Dr. K.-F. Druschky
Korreferent: Prof. Dr. H. Daun

Tag der mündlichen Prüfung: 09.04.1984

Für die Überlassung des Themas bin ich Herrn
Prof. Dr. med. H.H. WIECK†, dem damaligen
Direktor der Universitäts-Nervenlinik mit
Poliklinik Erlangen, sehr zu Dank verpflichtet.

Den Herren Professoren Dr. med. H. DAUN (komm.
Direktor der Neurologischen Universitätsklinik
mit Poliklinik Erlangen) und K.-F. DRUSCHKY
fühle ich mich für die weitere Betreuung verbunden.

Frau Dr. rer.pol. Dipl.Volkswirt K. STOSBERG
danke ich für die nützlichen Hinweise und die
Beratung im medizin-soziologischen Bereich,
Herrn Dipl.Psychol. Dr.phil. S. LEHRL für die
Hilfe in statistischen und testpsychologischen
Fragen.

I.	Problemstellung	
I.1.	Einleitung	1
I.2.	Das Krankheitsbild der psychovegetativen Allgemeinstörung	2
I.2.1.	Definition und klinische Symptomatik	2
I.2.2.	Psychovegetativer Störkreis	6
I.3.	Die untersuchte Allgemeinpraxis	8
I.4.	Fragestellung der Untersuchung	9
II.	Methodik	10
II.1.	Untersuchungsplan	10
II.2.	Patientenmerkmale	10
II.3.	Untersuchungsverfahren	13
II.4.	Statistisches Vorgehen	17
III.	Darstellung und Diskussion der Ergebnisse	19
III.1.	Globale Zuordnung zu den psychovegetativen Allgemeinstörungen	19
III.2.	Kennwerte der Symptome	22
III.3.	Merkmalsunterschiede zwischen Patienten mit psychovegetativen Allgemeinstörungen und ohne psychovegetative Allgemein- störungen	30
III.4.	Unterschiede in den sozio- und psycho- graphischen Variablen zwischen Patienten mit psychovegetativen Allgemeinstörungen und ohne psychovegetative Allgemein- störungen	35
III.5.	Beitrag der verschiedenen Merkmale zur Syndrom-Zuordnung	42
IV.	Zusammenfassung	45
V.	Schlußfolgerung und Ausblick	48
VI.	Anhang	56
VI.1.	Literaturverzeichnis	57
VI.2.	Erhebungsbogen	61

I. Problemstellung

I.1. Einleitung

Der Arzt für Allgemeinmedizin sieht sich heute in seiner Praxis einem Krankheits-spektrum gegenüber, das in den vergangenen Jahren und Jahrzehnten zunehmend differenzierter geworden ist. Insbesondere Krankheitsbilder, die nach WIECK (1977) den psychovegetativen Allgemeinstörungen aus dem Bereich der nicht krankheitsbedingten psychischen Störungen zuzurechnen sind, haben an Bedeutung gewonnen.

Dabei zeigte sich, daß psychosoziale Faktoren im Krankheitsgeschehen häufig eine wesentliche Rolle spielen und Entstehung, Verlauf und Heilung der Störungen mitbestimmen. Diese psychosozialen Faktoren resultieren aus der Wechselbeziehung zwischen der individuellen Persönlichkeit des Patienten und seiner jeweiligen sozialen Umwelt. Ebenso verhält es sich mit den auch hierhin gehörenden Krankheiterscheinungen der Sucht und des Mißbrauchs, deren Auftreten nicht selten im Zusammenhang mit psychovegetativen Allgemeinstörungen steht. Den damit veränderten Anforderungen und Erwartungen

seitens des Patienten muß der Arzt bei der Bewältigung seiner Aufgaben Rechnung tragen.

Vor dem Hintergrund der Definition der Weltgesundheitsorganisation (WHO), nach der Gesundheit nicht lediglich das Fehlen von Krankheiten ist, sondern körperliches, seelisches und soziales Wohlbefinden voraussetzt, sieht sich der Arzt zunehmend einer veränderten Situation gegenüber. Diese Änderung wird hervorgerufen durch einen nicht mehr ausschließlich naturwissenschaftlich determinierten Krankheitsbegriff, der durch Einbeziehung auch psychischer und sozialer Aspekte in das Krankheitsgeschehen eine Ausweitung erfahren hat. Gerade in der Praxis des Allgemeinmediziners schlägt sich diese Veränderung nieder und führt zu Konsequenzen in Diagnostik und Therapie.

I.2. Das Krankheitsbild der psychovegetativen Allgemeinstörung

I.2.1. Definition und klinische Symptomatik

Das Leitsymptom "psychovegetativ" wurde von W. THIELE 1958 geprägt und 1966 von

DELIUS als "psychovegetatives Gesamtsyndrom" übernommen. H.H. WIECK rechnete 1977 die psychovegetativen Allgemeinstörungen neben der Sucht und dem Mißbrauch sowie anderen Formen zu den nicht-psychotischen Beeinträchtigungen.

Die Benennung psychovegetativer Allgemeinstörungen wird keineswegs einheitlich gehandhabt. Andere Bezeichnungen, wie vegetative Labilität, vegetative Dystonie, vegetative Fehlsteuerung, Effort-Syndrom, Psycho-neurose, Neurasthenie oder hyperkinetisches Herzsyndrom finden Verwendung (BLAHA 1981).

Psychovegetativen Allgemeinstörungen kommt aufgrund ihrer Häufigkeit und ihrer interdisziplinären Verbreitung große Bedeutung insbesondere auch in der Allgemeinpraxis zu. Wird auf die Häufigkeit psychischer Störungen in der Praxis des Allgemeinarztes hingewiesen, sind damit meistens psychovegetative Erscheinungsweisen gemeint (WIECK 1979). Gerade der Allgemeinarzt muß sich daher mit seelisch-geistigen Zuständen seiner Patienten auseinandersetzen. Durch diese Aus-

einandersetzung und die Einbeziehung naturwissenschaftlicher Befunde ist eine ganzheitliche Betrachtungsweise des Leidenszustandes des Patienten auch in der Sprechstunde möglich.

Nach WIECK 1977 handelt es sich bei den psychovegetativen Allgemeinstörungen um ein gut umrissenes Feld von Erscheinungsweisen. Zumeist führen Funktionsstörungen der Organe den Patienten in die ärztliche Praxis. Leibliche Mißempfindungen in Form von Kribbelparästhesien, Kälte- oder Wärmeempfinden, Druckgefühl oder sensorischen Mißempfindungen, wie Schwarzwerden vor den Augen oder Ohrensausen, werden von den Kranken geklagt. Dazu kommen allgemeine Symptome wie schnelle Erschöpfbarkeit, Mattigkeit, eine allgemeine Schwäche der Muskulatur sowie Hitze- wallungen oder Kälteempfinden.

Unter den lokalisierten Beschwerden stehen Kopfschmerzen im Vordergrund, die zum Teil attackenförmig auftreten, zum Teil als Dauerschmerzen im Sinne eines Druckgefühles im Bereich des Kopfes. Desweiteren werden Engegefühl im Hals, Magenbeschwerden, Kreuzschmerzen oder Mißempfindungen in der Herzgegend angegeben.

Hinzutreten können emotionelle Störungen mit depressiver und ängstlicher Stimmungslage, Schuldgefühlen und Selbstunsicherheit.

Ein Nachlassen der geistigen Funktionen ist möglich. Die Patienten berichten über Vergesslichkeit, Unaufmerksamkeit, Konzentrationschwäche, Schwunglosigkeit oder Aufgeregtheit, Verminderung des Antriebs und eine Verlangsamung der Denkprozesse und der Willensentscheidungen.

Bei der körperlichen Untersuchung lassen sich vegetative Zeichen wie feuchte oder kalte Akren, schnelles Erröten oder Erblassen, ein verstärkter vegetativer Haltetremor, heftige Schwitzneigung, eine marmorierte Haut, ein Dermographismus und lebhaftere Eigenreflexe nachweisen. Die Einzelsymptome können sehr vielfältig sein, wobei die unterschiedlichen Organstörungen den Allgemeinarzt zu umfangreichen diagnostischen Überlegungen veranlassen.

I.2.2. Psychovegetativer Störkreis

Unterschiedlich ausgeprägte Einzelstörungen des psychovegetativen Systems können sich gegenseitig verstärken und in einem Circulus vitiosus einmünden.

WIECK (1977) nannte als Ursachen für psychovegetative Allgemeinstörungen sechs Störbedingungen, die er in dem psychovegetativen Störkreis zusammenfaßte (Abb. 1). Er unterschied Umweltfaktoren und Störmomente, die im körperlichen und seelischen Bereich liegen.

Zu den Umweltfaktoren zählen Konfliktsituationen, Überforderung oder Übungsverlust durch Unterbelastung, Arznei- und Genußmittelmißbrauch.

Als Störbedingungen im körperlichen und seelischen Bereich wurden psychosexuelle Störungen, Schlafstörungen und Organstörungen wie beispielsweise Myogelosen oder ein Schulter-Arm-Syndrom angesehen.

Nach HARRER (1968, 1974) lassen sich bei den psychovegetativen Allgemeinstörungen vier Schweregrade unterscheiden. Anfangs ist lediglich eine Einengung oder optimalen Leistungsbreite festzustellen. Daran schließen sich Beschwerden bei Belastung und schließlich Symptome bereits ohne Belastung an. Kommt es zu einer weiteren Verstärkung der psychovegetativen Allgemeinstörungen, so wird der Zustand der Dekompensation, nämlich die Erschöpfungsdepression, erreicht.

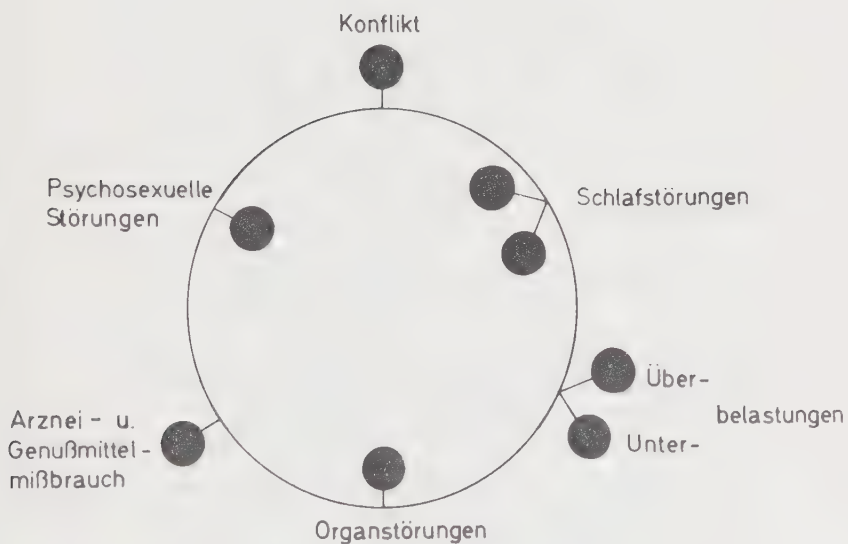


Abb. 1: Psychovegetativer Störkreis nach WIECK
(Einzelheiten im Text)

1.3. Die untersuchte Allgemeinpraxis

Die untersuchte Allgemeinpraxis befindet sich im Stadtrandgebiet einer mittelfränkischen Großstadt. Es handelt sich hierbei um eine "Praxis mit Stammpatienten", das heißt, entsprechend der Definition von HUMMEL und Mitarb. 1968 standen mehr als 80 % der Patienten zum Untersuchungszeitpunkt länger als fünf Jahre in Behandlung. Der Praxisinhaber ist zudem entsprechend der Definition von HUMMEL und Mitarb. 1968 als "Familienarzt" anzusprechen, da bei weit mehr als 40 % der Patienten zusätzlich noch ein oder mehrere Familienmitglieder in der Praxis behandelt werden.

Die Untersuchungen erfolgten im dritten Quartal des Jahres 1978. Die in dem betreffenden Zeitraum behandelte Anzahl von Patienten betrug etwa 2200. Die Bevölkerungsstruktur setzt sich zu einem Drittel aus Landbevölkerung und zu zwei Dritteln aus Stadtbevölkerung zusammen.

In die Studie konnte etwa die Hälfte der erwachsenen Patienten einbezogen werden. Die übrigen Kranken lehnten eine Teilnahme an dieser Untersuchung aus zeitlichen oder sonstigen Gründen ab.

I.4. Fragestellungen der Untersuchung

Mit dieser Arbeit sollen Antworten auf folgende Fragen gegeben werden:

1. Wie häufig ordnet der Arzt der bereits beschriebenen Allgemeinpraxis seinen Patienten das Syndrom "Psychovegetative Allgemeinstörungen" zu? Diese Zuordnung kann alleine oder in Zusammenhang mit weiteren Syndromen oder Erkrankungen erfolgen.
2. Wie häufig treten Symptome, die in einer mehr oder weniger engen Verbindung zu psychovegetativen Allgemeinstörungen stehen, in der beschriebenen Allgemeinpraxis auf?
3. Wie unterscheiden sich in den unter (2) angedeuteten Symptomen die global als allgemein psychovegetativ gestört eingestufen Patienten von den anderen?
4. Welche Symptome oder Symptom-Kombinationen lassen eine praktisch relevante Vorhersage auf die Zugehörigkeit zu den psychovegetativ allgemein gestörten Patienten oder der Restgruppe zu?
5. Stehen die demographischen, soziologischen und psychologischen Parameter in einem Zusammenhang mit dem Syndrom psychovegetative Allgemeinstörung?

II. Methodik

II.1. Untersuchungsplan

Die Untersuchung war als klinische Feldstudie in der unter I.3. beschriebenen Allgemeinpraxis angelegt. Da sich die Fragestellung als komplex erwies und bei ihrer Bearbeitung mit den ausgewählten Erhebungsverfahren noch auf wenig Erfahrung zurückgegriffen werden konnte, wird man die Erhebung als Erkundungs-Studie (Pilot-Studie) einordnen. Während des Zeitraumes vom 1.7.1977 bis zum 30.9.1977 wurden alle wenigstens 15 Jahre alten männlichen und weiblichen Patienten, die die betreffende Allgemeinpraxis aufsuchten und sich mit der Einbeziehung in die Studie einverstanden erklärten, untersucht. Es handelt sich bei der vorliegenden Erhebung um eine Querschnittsstudie, die nur einmal durchgeführt wurde.

II.2. Patientenmerkmale

<u>Geschlecht</u>	<u>Anzahl</u>
Männer	264
Frauen	374
Gesamt	638

Tab. 1 :Verteilung nach Geschlecht

Das Patientenkollektiv im Untersuchungszeitraum setzte sich aus insgesamt 639 Patienten zusammen. Ihr Durchschnittsalter betrug 39.02 Jahre (bei einer Standardabweichungsquote $S = 15.30$ Jahre). Die Altersspannweite erstreckte sich von 15 bis 84 Jahren.

374 der Patienten waren Frauen, 264 Männer. Von einem Patienten fehlte die Angabe.

Der Familienstand läßt sich aus der Tabelle 2 ersehen:

Tab. 2: Verteilung nach Familienstand

<u>Familienstand</u>	<u>Anzahl</u>
verheiratet	430
ledig	156
verwitwet	31
geschieden	17
getrennt lebend	3
Gesamt	637

Rund zwei Drittel der Patienten waren verheiratet. Dies und vor allem die geringe Zahl der Verwitweten dürfteden Familienstand des 39jährigen (Durchschnittsalter der untersuchten Patienten) in typischer Weise wiedergeben. Zwei Patienten machten keine Angaben zum Familienstand.

Die Schul- und Ausbildung gehen aus
Tabelle 3 hervor.

Tab. 3: Verteilung nach Schul- und
Ausbildung

<u>Schul- und Ausbildung</u>	<u>Anzahl</u>
Volksschule	441
Mittlere Reife	116
Abitur	37
Hochschule	24
Sonstige Ausbildung	21
Gesamt	639

Aus Tab. 3 ist zu entnehmen, daß 441 der untersuchten Patienten die Volksschule besucht hatten. Das entspricht einem Prozentanteil von 69 %. 116 Patienten oder 18 % hatten die Mittlere Reife, 37 oder 5,8% das Abitur abgelegt.

Von den 639 untersuchten Patienten waren 594 zum Untersuchungszeitpunkt erwerbsfähig, als Hausfrau tätig oder bereits berentet. 45 der Kranken waren zu diesem Zeitpunkt arbeitslos.

Der Intelligenzquotient der in die Untersuchung einbezogenen Patienten war durch den Mehrfachwahl-Wortschatz-Test-B bestimmt worden. Er betrug im arithmetischen Mittel 98.45 IQ-Punkte ($S = 13.72$) und lag damit im Durchschnittsbereich.

II.3. Untersuchungsverfahren

Jedem Patienten wurde von der Arzthelferin noch vor Betreten des Sprechzimmers ein Paket von Selbstabnahmeverfahren vorgelegt. Diese waren in der Reihenfolge der Abnahme:

- Beschwerden-Liste nach KINZEL, Form A oder B
- Skala für allgemeine somatische Mißempfindungen (SaSM)
- Schmerz-Kurz-Skala (SKS)
- Skala für vegetative Funktionsstörungen (VEG)
- Skala für Simulation (SIM)
- Mehrfachwahl-Wortschatz-Test-B (MWT-B)

Die Selbstabnahmeverfahren im einzelnen finden sich im Anhang der Arbeit.

Der Allgemeinarzt füllte im Sprechzimmer einen Fremdbeurteilungsbogen zur Erfassung und näheren Beschreibung psychovegetativer Allgemeinstörungen aus. Dieser Fremdbeurteilungsbogen wurde auf der Grundlage des eingangs dargestellten Modells vom psychovegetativen Störkreis (WIECK, 1977) von K.-F. DRUSCHKY und K.STOSBERG entwickelt und ist nachfolgend wiedergegeben.

Name, Vorname: Datum:

Geschlecht: () männlich () weiblich

Alter in Jahren:.....

Familienstand: () ledig () getrennt lebend () verwitwet

() verheiratet () geschieden

Schulabschluß: () Volksschule () Abitur

() Mittlere Reife () Hochschule () Sonstige

Beruf:

Arbeitslos: () ja, seit wann?

() nein

Diagnose:

Psychovegetative Allgemeinstörungen: () ja () nein

<u>Außensituative Störbedingungen</u>	ja	/	nein	<u>Ausprägungsgrad zum Untersuchungszeitpunkt</u>		
Zwischenmenschliche Konflikte im privaten Bereich	()		()	5	4	3 2 1
Zwischenmenschliche Konflikte im beruflichen Bereich	()		()	5	4	3 2 1
Überforderung vorwiegend im beruflichen Bereich	()		()	5	4	3 2 1
Überforderung durch Zusammenreffen von Anforderungen aus dem beruflichen und privaten Bereich	()		()	5	4	3 2 1
Unterforderung	()		()	5	4	3 2 1
welcher Art?	()		()	5	4	3 2 1
Genußmittelmißbrauch	()		()	5	4	3 2 1
Welche?	()		()	5	4	3 2 1
Arzneimittelmißbrauch	()		()	5	4	3 2 1
Welche?	()		()	5	4	3 2 1
<u>Störbedingungen im körperlichen und seelischen Bereich</u>						
Schlafstörungen	()		()	5	4	3 2 1
Psychosexuelle Störungen	()		()	5	4	3 2 1
Organstörungen	()		()	5	4	3 2 1
Myogelosen	()		()	5	4	3 2 1
Schulter-Arm-Beschwerden	()		()	5	4	3 2 1
Sonstiges	()		()	5	4	3 2 1

Im Gesamtsyndrom vorherrschend:

Konfliktsituationen	(	)
Schlafstörungen	(	)
Überforderung	(	)
Unterforderung	(	)
Organstörungen	(	)
Arzneimittelintoxikation	(	)
Psychosexuelle Störungen	(	)
Depressive Erschöpfungszustände	(	)

II.4. Statistisches Vorgehen

Die untersuchten Merkmale haben sehr verschiedene Skalenniveaus. Sie reichen von der untersten Stufe, dem Nominal-Niveau (z.B. Geschlecht, letzte Angaben im Fremdbeurteilungsbogen), bis zur Verhältnis-Skala (Alter). Außerdem sind die Variablen alternativ, mehrkategorial oder annähernd kontinuierlich.

Die statistische Beschreibung der Merkmale auf dem Nominal-Niveau wird durch Häufigkeits- und Prozentangaben erfolgen. Die Statistik-Parameter der Variablen auf wenigstens Rang-Skalenniveau werden dagegen einheitlich Einfachheit halber mit parametrischen Verfahren berechnet.

Bei Zusammenhangsuntersuchungen wie Interkorrelationen werden parametrische Verfahren (z.B. Produkt-Moment-Korrelationskoeffizienten) errechnet. In diese Analysen gehen allerdings die mehr-kategorialen Variablen wie Familienstand nicht ein. Wir riskieren also Fehler, die durch dem Skalenniveau nicht adäquate Statistik-Modelle auftreten können. Für unsere Zwecke fragen wir daher nicht: "Wie lassen sich die Datenstrukturen adäquat auf Statistik-Modelle abbilden?", sondern wir fragen statt dessen: "Wie bilden sich die Daten auf den (parametrischen und linearen) Statistik-Modellen ab?"

Die Lage- und Streuungskennwerte werden nach dem Modell des arithmetischen Mittelwertes und der Standardabweichung, Korrelationen durch den Produkt-Moment-Korrelationskoeffizienten und Unterschiede durch den t-Test nach STUDENT berechnet. Die multiple Vorhersage der Zuordnung allgemeiner vegetativer Funktionsstörungen durch die verschiedenen Symptom-Merkmale und psycho- sowie soziographischen Variablen nehmen wir mit der schrittweisen multiplen Regressionsanalyse (z.B. T. NIE und Mitarb., 1977) vor.

Da die Studie den Erkundungs-Studien zugeordnet wird, liegen keine einseitigen Fragestellungen vor. Signifikanzprüfungen erfolgen demnach nur für zweiseitige Fragestellungen.

III. Darstellung und Diskussion der Ergebnisse

III.1. Globale Zuordnung zu den psychovegetativen Allgemeinstörungen

Tab. 4: Anteil der psychovegetativen Allgemein-
störungen am Diagnosespektrum im Er-
hebungszeitraum

155	24 %	psychovegetative Allgemeinstörungen
478	75 %	andere Diagnosen
6	1 %	keine Zuordnung
639	100 %	Gesamtzahl der Patienten

Der behandelnde Arzt stellte bei 155 der 639 untersuchten Patienten, das entspricht 24 %, das Syndrom "psychovegetative Allgemeinstörung" fest, wobei psychovegetative Allgemeinstörungen sowohl alleine wie auch gemeinsam mit anderen Syndromen oder Erkrankungen auftraten. Bei 478 Patienten oder 75 % der Patienten fanden sich keine Anzeichen für das Vorliegen dieses Syndroms. Bei 6 Patienten (1 %) fehlte die Zuordnung. So war im Untersuchungszeitraum ungefähr jeder vierte Patient der untersuchten Allgemeinpraxis an einer

psychovegetativen Allgemeinstörung erkrankt. Die Zahl dieser nicht krankheitsbedingten psychischen Störungen mit einem dennoch "fest umrissenen Feld von Erscheinungsweisen" (WIECK, 1977) hat damit in den vergangenen Jahren erheblich zugenommen. Während STROTZKA und Mitarb. 1966 in einer sozialpsychiatrischen Feldstudie über eine ländliche Allgemeinpraxis noch zu einem Anteil von 15 % kommen, weisen spätere Untersuchungen von AGOSTI-MAURER 1973 auf einen Anteil von 26 % psychisch Kranker in einer Allgemeinpraxis und von KELLER 1974 sogar auf eine Häufigkeit von annähernd 35 % hin.

Die Häufigkeit psychischer Störungen in Allgemeinpraxen wird auch in anderen Studien (BENTSEN 1970, BRANDELMEIER 1974, GASTPAR und KIELHOLZ 1983, LOGAN und CUSHION 1958, MAIER 1971, ØGER 1977, SHEPHERD und Mitarb. 1968, WEYERER und DILLING 1983, ZINTL-WIEGAND und Mitarb. 1978) in ähnlicher Weise angegeben.

So stellte ØGER 1972 in 27 % der untersuchten Patienten psychiatrische Diagnosen fest. Auch bei dieser Studie erfolgte die Beurteilung der psychischen Störungen ähnlich wie in der hier vorgelegten Untersuchung ausschließlich durch den behandelnden Allgemeinarzt. Eine Kontrolle der Diagnosen durch einen Psychiater bestand

nicht. WEYERER und DILLING gaben 1983 an, daß die bei ihrer Studie mitarbeitenden Allgemeinpraktiker in 26 % der untersuchten Patienten psychische Störungen angenommen hatten. Die Schwankungsbreite in der Beurteilung lag zwischen 9 und 65 %. Nach dem Urteil der Psychiater lag der Anteil der Patienten mit psychischen Störungen etwas höher, nämlich bei 32 %. Unter den psychischen Störungen nahmen die neurotischen und psychosomatischen Erkrankungen den größten Raum ein. Ihr Anteil wurde von den Allgemeinärzten auf 15,8 % und von den psychiatrischen Interviewern auf 19,9 % geschätzt. Geht man von den psychiatrischen Einschätzungen aus, so ergibt sich, daß die neurotischen oder psychosomatischen Erkrankungen unter den Patienten mit psychischen Auffälligkeiten bei den Frauen 64 % und bei den Männern 45 % ausmachten. Diese Ergebnisse bestätigen die Auffassung von WIECK, daß meist psychovegetative Erscheinungsweisen angesprochen sind, wenn auf die große Häufung psychischer Störungen in der Praxis hingewiesen wird. Auch in der Untersuchung von GASTPAR und KIELHOLZ 1983 wurde die psychiatrische Morbidität bei Praxispatienten durch die Allgemeinärzte auf 25,9 % geschätzt. In dieser Studie wurden die Patienten ebenfalls von Psychiatern nach-

untersucht, wobei sich bei der Beurteilung durch die untersuchenden Psychiater eine Häufigkeit von 33,9 % ergab. Diese Zahlen wurden von DILLING und Mitarb. 1978 sowie von ZINTLWIEGAND 1978 bestätigt.

III.2. Kennwerte der Symptome

Die Häufigkeits- und Prozentverteilungen der außersituativen Störbedingungen aller Patienten sind in Tabelle 5 angegeben.

Tab. 5: Statistische Ergebnisse der außersituativen Störbedingungen
(in Klammern: Prozentangaben)

Merkmal	ja	nein	5	Ausprägungsgrad					1	M	S
				4	3	2					
Zwischenmenschl. Konflikte, priv.	135 (21)	504 (79)	13 (2)	17 (3)	38 (6)	29 (5)	38 (6)	0.54	1.19		
Konflikte, berufl.	98 (15)	541 (85)	6 (1)	16 (3)	31 (5)	26 (4)	19 (3)	0.40	1.05		
Überforderung, berufl.	154 (24)	485 (76)	13 (2)	36 (6)	54 (8)	34 (5)	17 (3)	0.71	1.38		
Überforderung, priv.	91 (14)	548 (86)	10 (2)	15 (2)	20 (3)	23 (4)	23 (4)	0.37	1.04		
Überforderung, beides	143 (22)	496 (78)	18 (3)	28 (4)	44 (7)	37 (6)	16 (3)	0.66	1.36		
Unterforderung	21 (3)	618 (97)	1 (0)	4 (1)	8 (1)	2 (0)	6 (1)	0.09	0.58		
Genußmittel-Mißbrauch	139 (22)	500 (78)	10 (2)	27 (4)	61 (10)	26 (4)	15 (2)	0.64	1.31		
Arzneimittel-Mißbrauch	42 (7)	597 (93)	4 (1)	6 (1)	13 (2)	3 (0)	16 (3)	0.16	0.71		

Es fällt auf, daß die überwiegende Mehrheit aller im Untersuchungszeitraum erfaßten Patienten den außersituativen Störbedingungen für ihr Befinden nach ihrer eigenen Einschätzung keine große Bedeutung zuerkennt. Innerhalb der Gruppe der Störbedingungen wurden die Merkmale "Überforderung im beruflichen Bereich" mit 24 %, "Überforderung im beruflichen und privaten Bereich" mit 22 %, "Genußmittel-Mißbrauch" mit 22 % und "zwischenmenschliche Konfliktsituation im privaten Bereich" mit 21 % aller Befragten am weitaus häufigsten genannt. Daneben wurde dem Vorliegen dieses Merkmals von den Patienten überwiegend ein mittlerer jeweiliger Ausprägungsgrad zuerkannt.

Nur 3 % der Patienten fühlten sich unterfordert und auch nur 7 % räumten einen Arzneimittelmißbrauch ein.

Die entsprechenden Statistiken der Störbedingungen im körperlichen und seelischen Bereich aller Patienten gehen aus Tabelle 6 hervor.

Tab. 6: Störbedingungen im körperlichen und seelischen Bereich
(in Klammern: Prozentangaben)

Merkmal	ja	nein	5	Ausprägungsgrad					1	M	S
				4	3	2					
Schlafstörungen	243 (38)	396 (62)	9 (1)	45 (7)	86 (13)	78 (12)			25 (4)	1.04	1.46
Psychosex. Störungen	34 (5)	605 (95)	6 (1)	6 (1)	5 (1)	9 (1)			8 (1)	0.15	0.71
Organstörungen	252 (39)	387 (61)	11 (2)	73 (11)	95 (15)	48 (8)			25 (4)	1.18	1.60
Myogelosen	113 (18)	526 (82)	14 (2)	37 (6)	34 (5)	20 (3)			8 (1)	0.58	1.33
Schulter-Arm-Beschw.	278 (44)	361 (56)	26 (4)	86 (13)	84 (13)	57 (9)			25 (4)	1.35	1.71
Sonstiges	80 (12)	559 (88)	8 (1)	15 (2)	32 (5)	18 (3)			6 (1)	0.37	1.06

Wie die Ergebnisse der Tabelle 6 zeigen, sind unter den Störbedingungen die körperlichen Störbedingungen, insbesondere die Schulter-Arm-Beschwerden, bei allen Patienten die häufigsten. Fast die Hälfte der 639 Patienten klagte über Beschwerden in diesem Bereich. Bei über einem Drittel der Kranken der Praxis sind Organstörungen zu verzeichnen. Ein beträchtliches Ausmaß - ebenfalls über ein Drittel - erreichen auch die Schlafstörungen.

Tabelle 7 enthält die im Gesamtsyndrom vorherrschenden Symptome aller Patienten.

Tab. 7: Im Gesamtsyndrom vorherrschende Störbedingungen

Merkmal	ja	Prozentangaben
Konfliktsituation	107	17
Schlafstörungen	204	32
Überforderung	141	22
Unterforderung	11	2
Organstörungen	406	64
Arzneimittel-Intoxikation	10	2
Psychosexuelle Störungen	18	3
Depressive Erschöpfung	119	19

Bei der Beantwortung der Frage, welches Merkmal im Gesamtsyndrom vorherrschend ist (Tab. 7), ergab sich, daß die Organstörungen weitaus am häufigsten angegeben werden, gefolgt, jedoch mit großem Abstand, von Schlafstörungen, Überforderungen und depressiver Erschöpfung.

Tabelle 8 zeigt die arithmetischen Mittelwerte und Standardabweichungen bei der Skala für allgemeine somatische Mißempfindungen (SasM) und der Schmerz-Kurz-Skala. Letztere ist in vier Punkte aufgeteilt, und zwar in die Gesamtpunktzahl und in die die Komponenten "Allgemeine Intensität", "Oberflächenschmerz" und "Tiefenschmerz". Außerdem enthält die Tabelle 8 die gleichen Parameter der Skalen für vegetative Funktionsstörungen (VEG) und für Simulation (SIM).

Tab. 8: Mittelwerte und Standardabweichungen in den zusätzlich abgenommenen Selbstbeurteilungsskalen (n = 639)

Skala	Mittelwert	Standardabweichung
SasM	5.0	4.81
Schmerzkurzskala		
- Gesamtwert	4.6	5.57
- Allgemeine Intensität	0.9	1.29
- Oberflächenschmerz	2.1	2.74
- Tiefenschmerz	1.6	2.51
VEG	24.1	13.59
SIM	7.9	9.00

Die Tabelle 9 gibt die Häufigkeiten und Prozentanteile der Angaben in der Beschwerdeliste nach KINZEL Form A an.

Tab. 9: Angaben in der Beschwerdeliste
nach KINZEL (Form A, n = 78)

Beschwerden sind	ja	Prozentangaben
seelisch	11	14
körperlich	38	49
mehr seelisch	7	9
seelisch + körperlich	19	24
mehr körperlich	17	22
rein seelisch	8	10
rein körperlich	26	33
seelisch bedingt äuß. körperlich	7	9
Körperlich bedingt äuß. seelisch	3	4

	Ratings				
	1	2	3	M	S
körper.seel. bedingt	11	4	2	0.32	0.69
äuß. seel. + körperl.	(14)	(5)	(3)		
körperl. bedingt	10	1	1	0.19	0.51
äuß. körperl.+ seel.	(13)	(1)	(1)		
körperl. + seel. bedingt	16	2	1	0.30	0.58
äuß. körperl. + seel.	(21)	(3)	(1)		

Tabelle 10 zeigt die Häufigkeiten und die Prozentanteile der Angaben in der Beschwerdeliste nach KINZEL, Form B.

Tab. 10: Angaben in der Beschwerdeliste
nach KINZEL (Form B, n = 557)

Beschwerden sind	ja	Prozentangaben
körperlich	360	65
seelisch	42	8
mehr körperlich	178	32
körperlich + seelisch	118	21
mehr seelisch	28	5
rein körperlich	278	50
rein seelisch	40	7
körperl. bedingt äuß. seelisch	34	6
seelisch bedingt äuß. körperlich	45	8

	1	2	Ratings		
			3	M	S
körperlich bedingt	117	29	2	0.33	0.59
äuß. körperlich + seelisch	(21)	(5)	(0)		
seelisch bedingt	38	20	5	0.17	0.52
äuß. seelisch + körperlich	(7)	(4)	(1)		
seelisch + körperl. bedingt	112	36	4	0.35	0.63
äuß. seelisch + körperlich	(20)	(6)	(1)		

III.3. Merkmalsunterschiede zwischen Patienten mit psychovegetativen Allgemeinerkrankungen und ohne psychovegetative Allgemeinerkrankungen

Beide Patientengruppen wurden hinsichtlich der medizinischen, psychologischen und soziologischen Merkmale miteinander verglichen.

Wie bereits ausgeführt, war von insgesamt 639 untersuchten Patienten im Berichtszeitraum bei 155 Patienten die Diagnose "psychovegetative Allgemeinerkrankungen" gestellt worden. Außer dem arithmetischen Mittelwert und der Standardabweichung wurden mittels des F-Bruches die Varianzunterschiede geprüft und danach t-Tests errechnet. Unterschritt der F-Bruch die 5 %-Wahrscheinlichkeit, dann wurde der t-Test für heterogene Stichproben angewandt. Andernfalls erfolgte der t-Test für homogene Stichproben. Die nachfolgende Tabelle 11 gibt die Ergebnisse wieder.

Tab. 11: Vergleich der Patienten mit (n = 155) und ohne (n = 478) psychovegetativen
Allgemeinstörungen in den verschiedenen Untersuchungsmerkmalen

Merkmal	Psycho-veg. Allgemeinstör.		andere (n = 478)		F-Bruch	Signifikanz	t-Test	Signifikanz
	M	S	M	S				
Alter	39.7	14.6	38.8	15.5	1.14	n.s.	-0.65	n.s.
Geschlecht	1.7	0.5	1.5	0.5	1.20	n.s.	-3.60	sign.
Schulbildung	1.6	1.0	1.5	1.0	1.00	n.s.	-1.09	n.s.
Intelligenz- Quotient	99.7	14.2	97.9	13.6	1.00	n.s.	-0.10	n.s.
Arbeitslosigkeit	1.1	0.5	1.1	0.4	1.10	n.s.	0.09	n.s.
Außensituative Störbedingungen								
zwischenmenschl. Konfl. priv.	1.2	1.6	0.3	0.9	3.20	sign.	-6.67	sign.
zwischenmenschl. Konfl. berufl.	0.9	1.5	0.3	0.8	3.20	sign.	-5.08	sign.
Überford. berufl.	1.1	1.7	0.6	1.3	1.80	sign.	-3.49	sign.
Überford. priv.	0.9	1.6	0.2	0.7	5.20	sign.	-5.82	sign.
Überford. berufl./priv.	1.3	1.8	0.4	1.1	2.60	sign.	-6.13	
Unterforderung	0.1	0.6	0.1	0.5	1.40	sign.	-0.74	n.s.
Genußmittel- mißbrauch	0.8	1.5	0.6	1.2	1.40	sign.	-1.68	n.s.
Arzneimittel- mißbrauch	0.3	1.0	0.1	0.6	2.90	sign.	-2.55	sign.

Tab. 11: Fortsetzung

Merkmal	Psycho-veg. Allgemeinstör.		andere (n = 478)		F-Bruch	Signifikanz	t-Test	Signifikanz
	M	S	M	S				
Körperlich seelische Störbedingungen								
Schlafstörungen	1.6	1.7	0.8	1.3	1.50	sign.	-4.45	sign.
psychosex. Störungen	0.4	1.1	0.1	0.5	5.40	sign.	-3.07	sign.
Organstörungen	1.2	1.6	1.2	1.6	1.10	n.s.	0.22	n.s.
- Myogelosen	0.6	1.5	0.6	1.3	1.30	n.s.	-0.69	n.s.
- Schult.-Arm-Beschwerden	1.8	1.8	1.2	1.6	1.20	n.s.	-3.64	sign.
- Sonstiges	0.7	1.4	0.3	0.9	2.30	sign.	-3.15	sign.
Im Gesamtsyndrom vorherrschend								
Konfl.-Situat.	0.3	0.5	0.1	0.3	2.10	sign.	-5.22	sign.
Schlafstörungen	0.5	0.5	0.3	0.4	1.30	n.s.	-4.23	sign.
Überforderungen	0.4	0.5	0.2	0.4	1.90	sign.	-6.00	sign.
Unterforderungen	0.9	0.1	0.9	0.1	1.20	n.s.	-0.22	n.s.
Organstörungen	0.4	0.5	0.7	0.5	1.20	n.s.	6.75	sign.
Arzneimittel-Intox.	0.0	0.2	0.0	0.1	2.00	sign.	-0.96	n.s.
Psychosex. Störungen	0.1	0.2	0.0	0.1	2.40	sign.	-2.00	sign.
Depress. Erschöpfungen	0.4	0.5	0.1	0.3	2.60	sign.	-7.69	sign.

Tab. 11: Fortsetzung

Merkmal	Psycho-veg. Allgemeinstör.		andere (n = 478)		F-Bruch	Signifikanz	t-Test	Signifikanz
	M	S	M	S				
Selbstbeurteilungs-Skalen								
Veg. Funktions- störungen	30.0	14.5	21.4	12.2	1.40	sign.	-6.07	sign.
Simulation	10.3	9.6	6.7	8.4	1.30	n.s.	-3.92	sign.
Allg. som. Mißempf.	7.5	5.7	4.2	4.1	1.90	sign.	-6.66	sign.
Schmerzskala Gesamt	5.6	7.1	4.2	5.0	2.00	sign.	-2.25	sign.
Allgemeine Intensität	1.0	1.4	0.9	1.2	1.30	sign.	-0.74	n.s.
Oberflächen- schmerz	2.4	3.4	2.0	2.5	1.80	sign.	-1.25	n.s.
Tiefen- schmerz	2.3	3.1	1.4	2.2	2.00	sign.	-3.31	sign.

Orientiert man sich nach Tabelle 11 an den t-Werten, so differenzieren folgende Symptome am stärksten zwischen den Patienten, die gemäß der ärztlichen Untersuchung dem Syndrom "psychovegetative Allgemeinstörungen" zugeordnet wurden, und den Patienten mit einer anderen Diagnose:

- depressive Erschöpfungszustände
- zwischenmenschliche Konflikte im privaten Bereich (Frauen)
- Überforderung durch Zusammentreffen von Anforderungen aus dem beruflichen und privaten Bereich (Rollenkonflikt: hier sind mehr Frauen als Männer betroffen. Die Störung besteht in Spannungen, die aus der Unvereinbarkeit beruflicher und privater Verpflichtungen resultieren.)
- Organstörungen
- allgemeine somatische Mißempfindungen in der Selbstbeurteilung
- vegetative Funktionsstörungen in der Selbstbeurteilung
- Überforderung im Gesamtsyndrom vorherrschend.

Weiterhin sind noch Überforderung im privaten Bereich, Schlafstörungen, im Gesamtsyndrom vorherrschende Konfliktsituationen und Konflikte im beruflichen Bereich hervorzuheben.

Zur Differenzierung leisteten die Merkmale Unterforderung, Genußmittel-Mißbrauch, Organstörungen als Störbedingungen im körperlichen und seelischen Bereich, Myogelosen, im Gesamtsyndrom vorherrschende Unterforderung, im Gesamtsyndrom vorherrschende Arzneimittelintoxikation und allgemeine Schmerzintensität kaum einen nennswerten Beitrag.

Als Auffälligkeiten seien noch erhöhte Werte der Patienten mit psychovegetativen Allgemeinstörungen in der Unterskala "Simulation" und "Tiefenschmerz" erwähnt. In der "allgemeinen Schmerzintensität" und im "Oberflächenschmerz" ergaben sich demgegenüber keine nennenswerten Unterschiede.

III.4. Unterschiede in den sozio- und psychographischen Variablen zwischen Patienten mit psychovegetativen Allgemeinstörungen und ohne psychovegetative Allgemeinstörungen

Die drei Symptome, hinsichtlich derer sich die Patienten mit der Diagnose psychovegetative Allgemeinstörung von denen mit einer anderen Diagnose vor allem unterscheiden, waren demnach in der Reihenfolge ihrer Häufigkeit "depressive Erschöpfungszustände" (1), "zwischenmenschliche Konflikte im privaten Bereich" (2) und "Überforderungen durch Rollenkonflikte im Spannungsfeld Beruf - Privat bzw. Familie" (3).

Die Zunahme der Patienten mit depressiver Symptomatik gerade auch in der Praxis des niedergelassenen Arztes für Allgemeinmedizin ist seit einigen Jahren besonders auffallend. Sozialpsychologische Untersuchungen heben in diesem Zusammenhang die Bedeutung akuter und chronischer Umweltbelastungen (HAUTZINGER 1979) sowie in der "Life-event-Forschung" die Rolle von Lebensereignissen hervor, die je nach Dauer und Intensität des Anpassungsprozesses, den sie hervorrufen, unterschiedlich hohe Anforderungen darstellen (HOLMS u. RAHE 1980).

Wenn sich, wie in der Pilot-Studie sichtbar, die depressive Erschöpfung als Hauptsymptom der "psychovegetativen Allgemeinstörung" erwies, dann resultieren hieraus auch weitreichende Konsequenzen für die Therapie. Im Mittelpunkt der therapeutischen Bemühungen muß dann auch die Bekämpfung eben dieser Störung liegen. Es erscheint sinnvoll, hierbei psychologische und soziale Behandlungsmodelle mit einzubeziehen (TROJAN und WALTER 1980).

Nicht unabhängig hiervon zu sehen und für das Syndrom "Psychovegetative Allgemeinstörungen" ebenfalls sehr kennzeichnend ist aufgrund der Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung das Symptom "Zwischenmenschliche Konflikte im privaten Bereich". Die Tatsache, daß sich dieses Symptom besonders häufig bei Frauen zeigt, stimmt mit den Resultaten weiterer Studien überein (GRUNBERGER 1977). Es fällt auf, daß der im Mittelpunkt stehende

durchaus dominierende Konfliktbereich auch berufstätiger psychisch kranker Frauen der Partnerschaft und Familie ist, woraus die relativ größere Bedeutung dieser Bereiche für die Frau im Vergleich zum Mann ersichtlich wird. Für die Behandlung der Patientinnen ergibt sich aus diesem Untersuchungsergebnis der häufigen zwischenmenschlichen Konflikte im privaten Bereich die Notwendigkeit zu verstärkter Einbeziehung des Partners und/oder anderer Bezugspersonen aus der Familie in den Beratungsprozeß (Paar- und Familientherapie). Wenn sich, wie in dieser Pilotstudie sichtbar, die depressive Erschöpfung als Hauptsymptom der psychovegetativen Allgemeinstörung erwies, dann resultieren hieraus auch weitreichende Konsequenzen für die Therapie. Im Mittelpunkt der therapeutischen Bemühungen muß dann die Bekämpfung eben dieser Störung liegen. Es erscheint sinnvoll, hierbei psychologische und soziale Behandlungsmodelle mit einzubeziehen.

Die Überforderung durch Zusammentreffen von Anforderungen aus dem beruflichen und privaten Bereich ist ein ebenfalls bei Frauen häufiger als bei Männern auftretendes Krankheitssymptom innerhalb des Krankheitsbildes psychovegetativer Allgemeinstörungen. Unabhängig vom Geschlecht handelt es sich

dabei hier um die Form eines Interrollenkonflikts, der ganz generell durch die Zugehörigkeit einer Person zu unterschiedlichen Sozialbereichen (Beruf, Familie) mit ihren divergierenden Anforderungen auftreten kann. Ein solcher Interrollenkonflikt entsteht bereits dann, wenn die aus den gesamten Sozialbereichen resultierenden Verpflichtungen rein zeitlich nicht miteinander vereinbar sind. Nicht selten kommt es dann zu einer Rollenüberlastung, die als sozialer Stressor zu bewerten und zu verarbeiten ist (HAUSSLER 1980).

Die nachfolgende Tabelle 12 hebt u.a. zusammenfassend die Bedeutung der im Gesamtsyndrom vorherrschenden Symptome, nämlich depressive Erschöpfungszustände, Überforderungen und Konfliktsituationen, noch einmal hervor. Die ebenfalls relevanten Schlafstörungen dürfen nicht nur für sich genommen herangezogen, sondern müssen auch als Folge der genannten Störfaktoren interpretiert werden.

Tab. 12: Korrelationen der medizinischen Untersuchungsmerkmale mit der ärztlichen Zuordnung zu "Psychovegetativen Allgemeinstörungen"

Merkmal	Korrelation r
Zwischenmenschliche Konflikte	
im privaten Bereich	0.35
im beruflichen Bereich	0.24
Überforderungen, beruflich	0.14
Überforderungen, privat	0.34
Überforderungen, priv. u. berufl.	0.31
Unterforderung	0.03
Genußmittelmißbrauch	0.06
Arzneimittelmißbrauch	0.12
Schlafstörungen	0.25
Psychosexuelle Störungen	0.16
Organstörungen	-0.01
- Myogelosen	0.02
- Schulter-Arm-Beschwerden	0.14
Sonstiges	0.14

Tab. 12: Fortsetzung

Merkmal	Korrelation r
Im Gesamtsyndrom vorherrschend	
Konfliktsituationen	0.23
Schlafstörungen	0.18
Überforderung	0.27
Unterforderung	0.01
Organstörungen	-0.26
Arzneimittelintoxikation	0.04
Psychosexuelle Störungen	0.07
Depressive Erschöpfungszustände	0.34
Selbstbeurteilungen	
Vegetative Funktionsstörungen	0.30
Simulation	0.20
Allgemeine som. Mißempfindungen	0.31
Schmerz-Skala, gesamt	0.11
Allgemeine Schmerzintensität	0.03
Oberflächenschmerz	0.05
Tiefenschmerz	0.17

Wie aus Tabelle 13 hervorgeht - vergleiche hierzu auch Tabelle 11 - ergeben sich hinsichtlich der Merkmale Alter, Geschlecht, Schulbildung, Intelligenzquotient und Arbeitslosigkeit nur hinsichtlich des Geschlechts - wie schon erwähnt - signifikante Unterschiede bei dem Vergleich der Patienten mit psychovegetativen Allgemeinstörungen und ohne derartige Symptome.

Tab. 13: Korrelationen der psychographischen und demographischen Untersuchungsmerkmale mit der ärztlichen Zuordnung zu "Psychovegetativen Allgemeinstörungen"

Merkmal	Korrelation r
Alter	0.03
Geschlecht	0.15
Schulbildung	0.04
Intelligenzquotient	0.00
Arbeitslosigkeit	-0.08

Wenn dieses Untersuchungsergebnis durchaus den Erwartungen entsprach, so bezieht sich das nicht auf das Merkmal Arbeitslosigkeit, von dem angenommen worden war, daß es

im Symptomenkreis der psychovegetativen Allgemeinstörung eine wichtige Bedeutung habe. Hieraus kann der Schluß gezogen werden, daß weniger die Tatsache der Arbeitslosigkeit als viel mehr die Angst davor, die Bedrohung des Arbeitsplatzes, als Überforderung und Konfliktsituation interpretiert wird und sich im Rahmen dieser Belastungsmerkmale in der vorliegenden Untersuchung niederschlägt.

III.5. Beitrag der verschiedenen Merkmale zur Syndrom-Zuordnung

Mit Hilfe der Multiplen Regressionsanalyse (siehe SPSS - NIE und Mitarb. 1977) läßt sich abschätzen, welchen Beitrag die Symptome im Hinblick auf die Zuordnung zum Syndrom "Psychovegetative Allgemeinstörungen" leisten. Es wurde das Verfahren der schrittweisen Multiplen Regressionsanalyse ausgewählt. Damit erhält man folgende Informationen:

1. Welches Symptom korreliert am höchsten mit dem Kriterium der Zuordnung zu einer der beiden Kategorien "Psychovegetative Allgemeinstörung" - "Keine psychovegetative Allgemeinstörung"?

2. Welches Symptom trägt in Kombination mit dem bereits aufgefundenen ersten Symptom am meisten zusätzlich zur Vorhersage des Kriteriums bei? Wie stark ist sein zusätzlicher Beitrag?
3. Welches Symptom trägt in Kombination zu den bereits aufgefunden ersten zwei Symptomen am meisten zusätzlich zur Vorhersage des Kriteriums bei? Wie stark ist sein Beitrag?

Diese Prozedur soll bei dem Schritt abgebrochen werden, bei dem die Hinzunahme eines weiteren Symptomes keinen signifikanten Beitrag zur Vorhersage des Kriteriums leistet. In die Liste der Vorhersagevariablen wurden alle auf dem Fremdbeurteilungsbogen stehenden Variablen sowie Geschlecht, Alter, Intelligenzquotient, vegetative Funktionsstörungen, Simulation, Schmerzangaben und allgemeine somatische Mißempfindung aufgenommen. Ab der Multiplen Korrelation $R = 0.50$ ergeben sich durch die Hinzunahme weiterer Symptome keine wesentlichen Verbesserungen der Syndromvorhersage mehr.

Die Untersuchungen ergaben, daß die Symptome

- depressive Erschöpfungszustände
- Konflikte im privaten Bereich

- Überforderung durch Zusammentreffen von Anforderungen im beruflichen und privaten Bereich
 - Vegetative Funktionsstörungen (aus Defekttest)
 - Überforderung vorwiegend im privaten Bereich
 - Keine Organstörungen im Gesamtsyndrom vorherrschend
- am meisten zur Vorhersage des Kriteriums
"Psychovegetative Allgemeinstörung" beitragen.

IV. Zusammenfassung

Psychovegetativen Allgemeinstörungen kommt aufgrund ihrer Häufigkeit und ihrer interdisziplinären Verbreitung große Bedeutung zu.

Im Mittelpunkt der vorliegenden Untersuchung stand die Beantwortung der Frage, wie häufig und mit welchen besonderen Merkmalen ausgestattet das Krankheitsbild der psychovegetativen Allgemeinstörungen während eines zufällig ausgewählten Zeitraumes im Krankheitsspektrum einer Allgemeinarztpraxis auftritt.

Das Patientenkollektiv im Untersuchungszeitraum umfaßte 639 Patienten, die zwischen 15 und 84 Jahre alt waren. Das Durchschnittsalter betrug 39 Jahre. Von den Patienten waren 264 (41 %) männlichen und 374 (58 %) weiblichen Geschlechts, von einem Kranken fehlt die Angabe zum Geschlecht. Weitaus die größte Zahl der Patienten, nämlich 430 oder 67 %, waren verheiratet.

Jedem erfaßten Patienten wurde ein Paket von Selbstabnahmeverfahren vorgelegt (Beschwerdeliste nach KINZEL, Form A oder B; Skala für allgemeine somatische Mißempfindungen; Schmerz-Kurz-Skala; Skala für vegetative Funktionsstörungen; Skala

für Simulation; Mehrfachwahl-Wortschatz-Test-B). Zudem wurde ein auf der Grundlage des psychovegetativen Störkreises nach WIECK entwickelter Fremdbeurteilungsbogen abgenommen.

Die Untersuchungsergebnisse zeigten, daß im jeweiligen Gesamtsyndrom aller Patienten die organischen Störungen vorherrschend waren. Es folgten, wenn auch mit größerem Abstand, Schlafstörungen, Überforderungsempfindungen und depressive Erschöpfungen.

Die Diagnose psychovegetative Allgemeinstörungen wurde im Krankheitsspektrum bei 155 Patienten zugeordnet. Dieses Krankheitsbild aus der Gruppe der nach WIECK im engeren Sinne nicht krankheitsbedingten psychischen Störungen kennzeichnete also etwa 1/4 aller Patienten (24 %). Innerhalb der Gruppe der Störbedingungen wurden die Merkmale "Überforderung im beruflichen Bereich", "Überforderung im beruflichen und privaten Bereich", "Genußmittelmißbrauch" und "Zwischenmenschliche Konfliktsituation im privaten Bereich" am weitaus häufigsten genannt.

Der Vergleich der Patienten mit (N = 155) und ohne (N = 478) psychovegetativen Allgemeinstörungen hinsichtlich der verschiedenen Untersuchungsmerkmale ergab, daß sich die Kranken

mit der Diagnose psychovegetative Allgemeinstörungen von denen mit einer anderen Diagnose vor allem in Bezug auf die Merkmale "depressive Erschöpfungszustände", "zwischenmenschliche Konflikte im privaten Bereich" und "Überforderungen durch Rollenkonflikte im Spannungsfeld Beruf - privat" unterschieden.

Die Ergebnisse der vorliegenden Studie unterstreichen die Notwendigkeit einer psychiatrischen Fortbildung des Allgemeinarztes, der aufgrund seiner Stellung als Familienarzt in hohem Maße dazu geeignet ist, im Rahmen der Patient-Arzt-Beziehung auch unter Berücksichtigung psychosozialer Randbedingungen des Patienten psychovegetative Allgemeinstörungen zu erkennen und zu behandeln.

V. Schlußfolgerung und Ausblick

Dem Allgemeinarzt, der die medizinische Basisversorgung in seiner Umgebung sicherstellt, kommt in der Beobachtung und Behandlung aller Arten von Krankheiten, die in der Bevölkerung auftreten, große Bedeutung zu (ZINTL -WIEGAND und Mitarb. 1978). Nach PFLANZ 1973 suchen etwa 70 % der Bewohner der Bundesrepublik Deutschland einmal im Jahr den Allgemeinarzt auf. Der Allgemeinarzt ist bei seinen diagnostischen Überlegungen fast ausschließlich auf die geschilderten Krankheitssymptome angewiesen, da ihm Befunde anderer Ärzte zunächst nicht vorliegen. Er beeinflußt die Weiterbehandlung auch psychisch kranker Patienten in entscheidendem Maße (WEYERER und DILLING 1983).

Der Allgemeinarzt lebt und arbeitet mitten unter seinen Patienten, die häufig seine nächsten Nachbarn und Mitbürger sind. Er kennt zumeist die gesamte nähere und weitere Familie und besitzt darüber hinaus wesentliche Informationen über die Rolle und Stellung des Kranken in seiner beruflichen und sozialen Umwelt (HAMM 1981).

Er ist deshalb in hohem Maße geeignet, insbesondere die Umweltfaktoren im Rahmen des psychovegetativen Störkreises, nämlich Überforderungen im beruflichen und privaten Bereich, Konfliktsituationen oder Arzneimittel- und Genußmittelmißbrauch zu erfassen. Persönliche Bindungen zwischen Arzt und Patient können zudem eine wertvolle therapeutische Basis darstellen. Auch PILLAU (1979) betont, daß der Informationsstand des Allgemeinarztes größer ist, als sich dies aus seiner Kartei entnehmen läßt. 70 % seiner Patienten sind ihm länger als fünf Jahre bekannt, von etwa 80 % der Patienten kennt er die Wohnung, von 90 % aufgrund seiner Stellung als Familienarzt einen oder mehrere Verwandte und von fast jedem seiner Patienten sind ihm Freunde, Nachbarn oder auch Gegnerschaft und Abneigungen bekannt. Die Kenntnis der Biographie des Patienten kann es dem Allgemeinarzt deswegen leichter machen, schon frühzeitig psychosomatische Störungen zu vermuten und zu behandeln.

GASTPAR und KIELHOLZ berichteten 1983, daß 90 % der depressiven Patienten in der Allgemeinpraxis behandelt werden, wobei diese Praxispatienten neben der Depressivität besonders durch Angst und körperliche Symptome charakterisiert sind. Angesichts der, wie

auch unsere Untersuchung zeigt, großen Zahl von psychisch kranken Patienten in der Praxis des Allgemeinarztes erhebt sich die Frage, ob dieser während seiner Ausbildung darauf in ausreichendem Maße vorbereitet wird. Von der Enquete-Kommission zur Rolle von praktischen Ärzten wurden bereits 1975 zur Verbesserung der "primären Versorgungsebene" spezielle Kenntnisse und Fähigkeiten gefordert, nämlich

1. psychische Störungen wahrzunehmen und zu erkennen;
2. Hinweise auf psychische und soziale Ursachen von solchen Störungen zu erkennen;
3. die klinische Relevanz von Konflikten in verschiedenen Lebensbereichen wie Familie, Arbeit oder Schule zu erkennen;
4. Bedürfnisse für spezielle Hilfen wie z.B. beratende Gespräche sowie die Überweisungsbedürftigkeit abzuschätzen;
5. in zumutbarem Umfang auch selbst psychotherapeutisch und beratend tätig zu werden;
6. mit den vorhandenen sozialen Diensten und Institutionen zu kooperieren und die Patienten gegebenenfalls dorthin zu übermitteln;
7. sich selbst mit dem Gebrauch von Psychopharmaka vertraut zu machen und so die Verantwortung für eine notwendige Nachbehandlung zu übernehmen (Zit. nach ZINTL-WIEGAND und Mitarb. 1978).

Um diesen Forderungskatalog zu realisieren, ist es notwendig, dem Fachgebiet der Psychiatrie in der Weiterbildung des Allgemeinarztes gebührende Aufmerksamkeit zu schenken (ZINTL-WIEGAND 1978). Für den Allgemeinarzt selbst ergeben sich vor dem Hintergrund eines derartigen Krankheitsspektrums die Aufgabe und die Notwendigkeit, sich in weiterführenden Fortbildungsveranstaltungen zu Spezialfragen zu qualifizieren, wie sie beispielsweise die Durchführung einer Sozialanamnese darstellt, die gerade bei Patienten mit psychischen, nicht im engeren Sinne krankheitsbedingten Störungen in hohem Maße von Bedeutung ist. Die Erhebung der Sozialanamnese, geführt als Gespräch zwischen Arzt und Patient, leitet die Therapie ein und gibt notwendige Hinweise für die Entwicklung eines Therapie- und auch eines Rehabilitationsprogrammes.

Zweifellos ist in den letzten Jahren das Bewußtsein für die Tatsache gewachsen, daß ein großer Teil der von Allgemeinärzten behandelten Patienten unter psychischen Störungen leidet und zudem die somatischen Störungen vieler Patienten durch psychische oder soziale Bedingungen im Sinne des Stör-

kreises nach WIECK 1977 ausgelöst werden. Zudem gibt es psychische Störungen, die nur dem Hausarzt als Familienarzt aufgrund seiner langjährigen Kenntnisse des Patienten und seiner Umgebung bekannt werden und die in einer abgegrenzten Interview-Situation dissimuliert werden (DILLING; WEYERER und ENDERS 1983).

Aufgrund der Erfahrungen des Allgemeinarztes als Familienarzt und der damit verbundenen Kenntnisse vom sozialen Umfeld des Patienten ist er bereits in besonderer Weise für die Vorgehensweise einer Sozialanamnese und den Einsatz des beratenden Gesprächs zur Ergänzung anderer Behandlungsmethoden disponiert. Dem Allgemeinarzt fällt dabei die Aufgabe zu, das diagnostische und therapeutische Vorgehen richtig auszuwählen, eine zweckmäßige Reihenfolge zu planen und schließlich durchzuführen. Nach WIECK 1979 bilden dabei das Kernstück der Patient-Arzt-Beziehung die ärztlichen Maßnahmen, die das sich wechselseitig durchdringende diagnostische und therapeutische Vorgehen zusammenfassen. Die ärztliche Führung schließt immer auch eine psychische Führung ein, wobei eine sinnvolle psychische Führung von den inneren Gegebenheiten des

Patienten ausgehen muß. Die psychische Führung wird durch das ärztliche Gespräch verwirklicht, überdauernde Eigenarten des Kranken wie Intelligenz, Bildungsgrad und Charakterstrukturen sind hierbei ebenso zu würdigen wie die gegenwärtige seelisch-geistige Verfassung.

Gerade bei Patienten mit psychovegetativen Allgemeinstörungen wird eine klare und sichere ärztliche und psychische Führung unter Einbeziehung der psychosozialen Randbedingungen des Patienten in die Beurteilung des Krankheitsbildes notwendig. Ein systematisches Training gesprächspsychotherapeutischer Techniken sowie Erfahrungen mit den Methoden des Autogenen Trainings, der Funktionellen Entspannung und der Verhaltenstherapie etc. können diese vorhandenen Ansätze zum Wohle des Patienten vertiefen. Zudem sollte der Allgemeinarzt mit dem Einsatz von Atarktika, Sedativa und Hypnotika vertraut sein.

Die hausärztliche Diagnose wird im allgemeinen zunächst vom Anlaß des Patientenbesuches beeinflusst. Die Patienten, die überwiegend über körperliche Beschwerden klagen, jedoch psychische Beeinträchtigungen aufweisen, bekommen meist vom Allgemeinarzt

zunächst organische Diagnosen gestellt. Die Anwendung eines systematischen Interviewverfahrens, unabhängig von Behandlungsanlässen, kann eine derartige Neigung verringern (ZINTLWIEGAND und Mitarb. 1978). Allerdings sind die bisher angebotenen Skalen, die beispielsweise der Depressionsdiagnostik in der Praxis dienen sollen, im allgemeinen nicht für diagnostische Zwecke brauchbar, sondern eher zur Bestimmung des Schweregrades einer Depression geeignet (GASTPAR und KIELHOLZ 1983). Die Verwendung psychiatrischer Symptomskalen in der Praxis hat sich nur dann bewährt, wenn die Skalen genügend kurz sind. Nach den Erfahrungen von GASTPAR und KIELHOLZ (1983) sind bereits Skalen mit 8 bis 20 abzufragenden Symptomen in der Allgemeinpraxis zu lange und zu aufwendig. Auch der von uns in der vorliegenden Studie verwendete Fragebogen wurde aus zeitlichen oder sonstigen Gründen lediglich von etwa der Hälfte der in Betracht kommenden erwachsenen Patienten des Untersuchungszeitraumes ausgefüllt.

Im Hinblick auf die Zusammenarbeit zwischen dem Allgemeinarzt und dem Nervenarzt wäre es von Bedeutung, der Frage nachzugehen,

welche Interaktionsstile und Kooperationsformen zwischen den ärztlichen Kollegen bestehen und in welcher Weise Überweisungs- und Rücküberweisungsvorgänge ablaufen und gegebenenfalls effizienter gestaltet werden können. DILLING, WEYERER und ENDERS (1978) untersuchten in Praxen von Allgemeinärzten die Einschätzung der Überweisungsbedürftigkeit zum Psychiater und fanden, daß nach Ansicht der Praxisinhaber 5 % aller untersuchten Patienten eine derartige Überweisungsbedürftigkeit besitzen, während die psychiatrischen Interviewer Überweisungsbedürftigkeit in den gleichen Praxen bei 13 % aller untersuchten Patienten annahmen. Der größte Teil dieser Kranken wies neurotische und psychosomatische Störungen auf. In diesem Zusammenhang scheint es bedeutsam, daß in der Untersuchung von DILLING u.Mitarb. (1978) mehr als die Hälfte der Patienten in fünf untersuchten Nervenarztpraxen in Oberbayern durch Allgemeinärzte überwiesen wurden. Der Allgemeinarzt ist also im ambulanten Bereich der wichtigste Partner des niedergelassenen Nervenarztes.

VI. Anhang

VI.1. Literaturverzeichnis

- (1) AGOSTI, E., K. ERNST: Psychisch Kranke in einer Allgemeinpraxis.
Schweiz. med.Wschr. 104 (1974), S. 322-325
- (2) BENTSEN, B.G.: Illness in General Practice.
Universitetsforlaget, Oslo 1970
- (3) BLAHA, L.: Psychovegetative Allgemeinstörungen.
Diagnose, Therapie, Grundlagen.
I.M.P. Verlagsgesellschaft mbH, 6078 Neu Isenburg 2,
1981, S. 8-14
- (4) BRANDLMEIER, P.: Die Allgemeinpraxis.
Springer, Berlin/Heidelberg/New York 1974
- (5) DELIUS, L., J. FAHRENBURG: Psychovegetative Syndrome.
Thieme, Stuttgart 1966
- (6) DILLING, H., WEYERER, S.: Epidemiologie psychischer Störungen und psychiatrische Versorgung.
Urban und Schwarzenberg, München, Wien, Baltimore 1978
- (7) DILLING, H., WEYERER, S., ENDERS, I.: Patienten mit psychischen Störungen in der Allgemeinpraxis und ihre psychiatrische Überweisungsbedürftigkeit.
In: HAFENR, H. (Hrsg.):
Springer, Berlin, Heidelberg, New York 1978, S. 155-160
- (8) GASTPAR, M., KIELHOLZ, P.: Depressionsdiagnostik in der Allgemeinpraxis unter besonderer Berücksichtigung der larvierten Depression.
In: PÖLDINGER, W. (Hrsg.): Aktuelle Aspekte der Depressionsbehandlung. Grundlagen - Diagnostik - Therapie.
Verlag Hans Huber, Bern, Stuttgart, Wien, 1983
S. 82-88

- (9) GRÜNBERGER, J.: Psychodiagnostik des Alkohol-
kranken.
Maudrich, Wien, München, Bern, 1977

- (10) HAUSSLER, S.: Klagen des Patienten in der Allge-
meinpraxis über Belastungen.
In Löff, A.W.v. (Hrsg.): Streß.
Thieme, Stuttgart, New York 1980

- (11) HAMM, H.: Behandlung depressiver Patienten in
der Allgemeinpraxis.
Therapiewoche 31 (1981) 4778-4780

- (12) HAUZINGER, M.: Depressive Reaktionen aus
psychologischer Sicht.
In: Hautzinger, M., Hoffmann, N. (Hrsg.):
Depression und Umwelt, Müller, Salzburg, 1979,
S. 15 ff.

- (13) HARRER, G.: Die vegetative Dysregulation.
Ärztl. Praxis 20 (1968), 969-973

- (14) HARRER, G.: Die psychovegetativen Syndrome.
In: Quand, J., Sommer, H. (Hrsg.): Neurologie,
Grundlagen und Klinik.
VEB Thieme, Leipzig, 1974

- (15) HOLMES, Th.H., RAHE, R.H.: Die "Social Read-
justment Rating Scale".
In: Katschnig, H. (Hrsg.): Sozialer Streß und
psychische Erkrankung, München, Wien, Baltimore
1980, S. 160-166

- (16) HUMMEL, H.J., KAUPEN-HAAS, J., KAUPEN. W.:
Die Überweisung von Patienten als Bestandteil
des ärztlichen Interaktionssystems.
In: Kaupen-Haas, H. (Hrsg.): Soziologische Probleme
medizinischer Berufe.
Westdeutscher Verlag. Köln/Opladen 1968

- (17) KELLER, K.: Psychosomatik. Eine Bestätigung der Allgemeinmedizin.
Zeitsch. für Allgemeinmedizin 14 (1975)
- (18) LOGAN, W.P.D., CUSHION, A.A.: Morbidity statistics from general practice.
HMSO, London 1958
- (19) MAIER, E.: Das Krankengut des praktischen Arztes.
Dissertation, München 1971
- (20) OGAR, B.: Pasienter i norsk allmenpraksis.
Universitetsforlaget, Oslo 1977
- (21) PILLAU, H.: Psychosomatische Krankheiten in der Allgemeinpraxis.
In: H.H. Wieck, A. Hillemacher (Hrsg.): Therapie psychosomatischer Krankheiten in der Praxis.
Verlag Dr. med. D. Straube, D-8520 Erlangen, 1979
S. 71-76
- (22) PFLANZ, M.: Überlegungen zur primär-ärztlichen Betreuung der Bevölkerung.
In: Dömmmer, O. (Hrsg.): Arzt und Patient in der Industriegesellschaft.
Suhrkamp, Frankfurt/Main 1973
- (23) SHEPHERD, M., COOPER, B., BROWN, A.D., KALTON, C.: Psychiatric illness in general practice.
Oxford University Press, London 1966
- (24) STROTZKA, H.: Kleinburg. Eine sozialpsychiatrische Feldstudie.
Österr. Bundesverlag, Wien 1969
- (25) THIELE, W.: Psychovegetatives Syndrom. Das vegetative Nervensystem und seine Bedeutung für psychophysische Einheit.
Sandoz, Basel 1966

- (26) TROJAN, A., WALTER, H.: Sozialpsychiatrische Praxis.
Akadem. Verlagsgesellschaft, Wiesbaden 1980
- (27) WEYERER, S., DILLING, H.: Psychisch Kranke in Allgemeinpraxen. Eine psychiatrisch-epidemiologische Untersuchung im Landkreis Traunstein.
Fortschr. Med. 101 (1983), S. 670-675
- (28) WIECK, H.H.: Lehrbuch der Psychiatrie, 2. Auflage.
Schattauer, Stuttgart, New York 1977
- (29) WIECK, H.H., HILLEMACHER, A.: Therapie psychosomatischer Krankheiten in der Praxis.
Verlag Dr. med. D. Straube, D-8520 Erlangen, 1979
- (30) ZINTL-WIEGAND, A., SCHMIDT-MAUSHART, G., LEISNER, R., COOPER, B.: Psychische Erkrankungen in Mannheimer Allgemeinpraxen. Eine klinische und epidemiologische Untersuchung.
In: Häfner, H. (Hrsg.): Psychiatrische Epidemiologie.
Springer, Berlin/Heidelberg/New York 1978, S. 111-133

VI.2. Erhebungsbogen

SasM

Geben Sie bitte an, wie Ihnen zumute ist :

	sehr	ziemlich	mittel	wenig	nicht
Ich fühle mich matt					
Ein Druck lastet auf mir					
Ich bin wie zugeschnürt					
Ich bin unruhig					
Ich fühle mich eingeengt					
Ich fühle mich zerschlagen					

Punkte:

SKS

Meine Schmerzen sind:

	sehr	ziemlich	mittel	wenig	entfällt
Stark					
Stechend					
Blitzartig durchzuckend					
Ziehend					
Spitz					
Schwer					
Hartnäckig					
Überall vorhanden					
Stumpf					

Punkte: (AI)
 (OS)
 (TS)

(AI): allgemeine Schmerzintensität
(OS): Oberflächenschmerz
(TS): Tiefenschmerz

VE 6
SIM

Information

Das Material besteht aus Fragebogen und Antwortblatt. Alle Aussagen im Fragebogen sind nummeriert und im Antwortblatt mit der gleichen Ordnungszahl gekennzeichnet.

Aufgabe

Lesen Sie bitte die Sätze auf dem FRAGEBOGEN gut durch - einen nach dem anderen - und malen Sie auf dem ANTWORBLATT rechts neben die Nummer der betreffenden Aussage in eines der 5 Kreiszonen ein Kreuz. Dies geschieht nach folgendem Schema: trifft der Satz, den Sie eben gelesen haben, für Sie zu, dann durchkreuzen Sie den ersten Kreis; stimmt er nur zum Teil, den Kreis rechts davon usw.. Die fünf Überschriften am Kopf der Antwortblätter zeigen es Ihnen.

Anmerkung

Auf dem FRAGEBOGEN darf nichts verzeichnet werden. Die Kreise gehören nur in die entsprechenden Zonen, wenn Sie ANTWORBLÄTTER.

Sie dürfen nicht mehr als eine Angabe

1. Ich leide stark unter Kopfschmerzen.
 2. Alle meine Bekannten meinen, daß es noch eine lange Zeit der Erholung bedarf, bis ich wieder voll einsatzfähig bin.
 3. Ich habe festgestellt, daß bei mir auf den kleinsten Ärger ein langer Schüttelanfall folgt.
 4. Rücken bekommt mir ganz besonders schlecht.
 5. Mir bricht des öfteren plötzlich der Schweiß aus.
-
6. Ich schlafe schnell ein.
 7. Mein Geruchssinn ist gestört.
 8. Früher konnte ich alle Farben gut unterscheiden, jetzt aber erkenne ich vor allem braun und gelb nur schwer.
 9. Ich darf mich nicht anstrengen.
 10. Seit einiger Zeit habe ich bemerkt, daß mich frische Luft nicht munter, sondern im Gegenteil schläfrig macht.
-
11. Ich kann noch genau so gut hören wie früher.
 12. Lärm vertrage ich ohne weiteres.
 13. Mir wird leicht schwindelig.
 14. Jetzt macht mir die kleinste Wunde schon sehr viel zu schaffen, weil sie viel langsamer verheilt als früher.
 15. Alkohol bekommt mir schlecht.
-
16. Ich habe Angst, mich aus dem Fenster zu lehnen, - und sei es auch nur ein ganz kleines Stück.
 17. Beim Gehen schwarte ich in der Regel.
 18. Ich habe jetzt viel öfter als früher Schluckstörungen.
 19. Heute kostet viel mehr Flüssigkeit zu mir als vormalig.
 20. Mir scheint mehr als halbtägigen Speichergang von den Speicheldrüsen.

Fragebogen / Blatt 2A

1. Ab und zu fühle ich ein starkes Pochen in den Ellbogen- und Kniegelenken.
 2. Gegen Hallgeruch bin ich jetzt überempfindlich.
 3. Kalte Getränke bekommen mir neuerdings besser als warme.
 4. Oft bin ich so zappelig, daß mir alles aus den Händen fällt.
 5. Jede Art Mineralwasser ist für mich ungenießbar.
-
6. Mein Geschmackssinn ist nach wie vor in Ordnung.
 7. Ich bin frei von Anfällen.
 8. Ich lese noch genau so gern und genau so viel wie früher.
 9. Meine Füße sind jetzt schmerzempfindlicher als vorher.
 10. Wenn ich lange in den Spiegel sehe, werde ich schwindelig.
-
11. Hefeteig ist für mich jetzt ungenießbar.
 12. Sehr oft tut mir alles weh.
 13. Bei Wetterumschlägen geht es mir ganz besonders schlecht.
 14. Mir wird des Öfteren übel.
 15. In manchen Organen fehlt mir jetzt das rechte Gefühl.
-

Antwortblatt / Seite 1

Jahr Monat Tag
 Datum:

A

	RP	Gew.- akte
VL		
BI		

JA Das stimmt genau (Nur "JA")	Das stimmt ZIEMLICH (mehr "JA" als "NEIN")	WEISS NICHT ob es stimmt (UNENTSCHEIDEN)	Das stimmt KAUM (mehr "NEIN" als "JA")	NEIN das stimmt (Nur "NEIN")
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)

1.	0	0	0	0	0
2.	0	0	0	0	0
3.	0	0	0	0	0
4.	0	0	0	0	0
5.	0	0	0	0	0

6.	0	0	0	0	0
7.	0	0	0	0	0
8.	0	0	0	0	0
9.	0	0	0	0	0
10.	0	0	0	0	0

11.	0	0	0	0	0
12.	0	0	0	0	0
13.	0	0	0	0	0
14.	0	0	0	0	0
15.	0	0	0	0	0

16.	0	0	0	0	0
17.	0	0	0	0	0
18.	0	0	0	0	0
19.	0	0	0	0	0
20.	0	0	0	0	0

Anweisung:

Sie sehen hier mehrere Reihen mit Wörtern. In jeder Reihe steht **höchstens ein Wort**, das Ihnen vielleicht bekannt ist. Wenn Sie es gefunden haben, streichen Sie es bitte durch.

1. Nale – Sahe – Nase – Nesa – Sehna
2. Funktion – Kuntion – Finzahn – Tuntion – Tunkion
3. Struk – Streik – Sturk – Strek – Kreik
4. Kulinse – Kulerane – Kulisse – Klubihle – Kubistane
5. Kenekel – Gesonk – Kelume – Gelenk – Gelerge
6. siziol – salzahl – sozihl – sziam – sozial
7. Sympasie – Symmofeltrie – Symmantrie – Symphonie – Symplanie
8. Umma – Pamme – Nelle – Ampe – Amme
9. Krusse – Surke – Krustelle – Kruste – Struke
10. Kirse – Sirke – Krise – Krospe – Serise
11. Tinxur – Kukutur – Fraktan – Tinktur – Rimsuhr
12. Unfision – Fudision – Infusion – Syntusion – Nuridion
13. Feudasmus – Fonderismus – Föderalismus – Födismus – Föderasmus
14. Redor – Radium – Terion – Dramin – Orakium
15. kentern – knerte – kanzen – kretern – trekern
16. Kantate – Rakante – Kenture – Krutehne – Kallara
17. schalieren – waschieren – wakieren – schackieren – kaschieren
18. Tuhl – Lar – Lest – Dall – Lid
19. Dissonanz – Diskrisanz – Distranz – Dinotanz – Siodenz

Name _____ Punkte _____
Beruf _____ Alter _____
Untersuchungsdatum _____ männlich – weiblich _____
Sonstiges _____

- 20. Ferindo – Inferno – Orfina – Firanetto – Imfindio
- 21. Rilkiase – Kilister – Riliker – Klistier – Linkure
- 22. kurinesisch – kulinarisch – kumensisch – kulissarisch – kannastrisch
- 23. Rosto – Torso – Soro – Torgos – Tosor
- 24. Kleiber – Beikel – Keibel – Reikler – Biekerl
- 25. Ralke – Korre – Ruckse – Recke – Ulte
- 26. Lamone – Talane – Matrone – Tarone – Malonte
- 27. Tuma – Umat – Maut – Taum – Muta
- 28. Sorekin – Sarowin – Rosakin – Narosin – Kerosin
- 29. beralen – gerältet – anälteren – untären – verbrämen
- 30. Kapaun – Paukan – Naupack – Aupeck – Ankepran
- 31. Sickaber – Bassiker – Kassiber – Sassiker – Askiber
- 32. Pucker – Keuper – Eucker – Reuspeck – Urkane
- 33. Spirine – Saprin – Parsin – Purin – Asprin
- 34. Kulon – Solgun – Koskan – Soran – Klonus
- 35. Adept – Padet – Edapt – Epatt – Taped
- 36. Gindelat – Tingerat – Indigenat – Nitgesaar – Ringelaar
- 37. Berkizia – Brekzie – Birakize – Brikazie – Bakiria

Im folgenden bitten wir Sie, kurz zu Ihren Beschwerden
Stellung zu nehmen. Befragt ist dabei nur Ihre eigene
Meinung. Bitte lesen Sie die Liste aufmerksam durch -
Reihe für Reihe - und tragen Sie in dem betreffenden
Kästchen ein Kreuz ein! - Wir danken Ihnen!

Meine Beschwerden
sind

rein seelisch bedingt

rein körperlich bedingt

Meine Beschwerden

sind sowohl seelisch als auch körperlich bedingt;
und zwar

mehr seelisch

seelisch und körperlich
zu etwa gleichen Anteilen

mehr körperlich

Meine Beschwerden

sind rein seelisch bedingt
und äußern sich auch rein
seelisch (körperlich geht
es mir immer noch recht gut)

sind rein körperlich bedingt
und äußern sich auch rein
körperlich (seelisch geht es
mir immer noch recht gut)

Meine Beschwerden

sind zwar seelisch bedingt,
äußern sich aber vorwiegend
körperlich (körperlich geht
es mir recht schlecht)

sind zwar körperlich bedingt,
äußern sich aber vorwiegend
seelisch (seelisch geht es mir
recht schlecht)

Meine Beschwerden

sind seelisch bedingt, äußern
sich aber nicht nur seelisch,
sondern auch körperlich.
Seelisch und körperlich geht
es mir dabei

sind körperlich bedingt, äußern
sich aber nicht nur körperlich,
sondern auch seelisch.
Körperlich und seelisch geht
es mir dabei

etwas
schlecht

ziemlich
schlecht

sehr
schlecht

etwas
schlecht

ziemlich
schlecht

sehr
schlecht

Meine Beschwerden

sind körperlich und seelisch zugleich bedingt,

Lebenslauf

Am 30. November 1937 wurde ich als Sohn des Geologen Dr. Manfred Weinholz und seiner Ehefrau Zdenka, geb. Cović in Helmstedt geboren.

Meine Kindheit verlebte ich in meinem Elternhaus. 1945 trat ich in die Volksschule ein, um 1949 in das Staatl. naturwissenschaftliche Gymnasium in Wuppertal Elberfeld umzuwechseln. Hier bestand ich im Februar 1959 mein Abitur.

Mein Medizinstudium begann ich an der Universität Freiburg, nach dem 4. Semester wechselte ich an die Universität Erlangen; hier bestand ich im Februar 1967 mein Medizinisches Staatsexamen.

Meine Assistentenzeit verbrachte ich an der Chirurgischen, medizinischen und kieferchirurgischen Universitätsklinik in Erlangen, sowie am Kreiskrankenhaus in Marktheidenfeld. Zwischendurch und anschließend war ich noch als Vertreter in einigen Allgemeinpraxen tätig. Seit 1972 bin ich als Allgemeinarzt in eigener Praxis niedergelassen.

Peter Weinholz

